

Bioetica

Questioni bioetiche in tempo di pandemia da SARS-CoV-2

Giuseppe Battimelli

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Vice Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)

Parole chiave: Bioetica, pandemia, deontologia, personalismo.

Key Words: Bioethics pandemic, ethics, personalism.

Ricevuto in Redazione il 6 agosto 2020

RIASSUNTO

In tempo di pandemia da coronavirus emergente SARS-CoV-2, tra i tanti argomenti affrontati, sono emerse certamente notevoli e importanti questioni inerenti l'etica medica, la deontologia e la bioetica. Innanzitutto importante è la riscoperta della bioetica nella sua dimensione inter-pluri-disciplinare originale e originaria, non solo come orientamento nelle scelte e nelle decisioni, ma che, rispetto all'etica medica che è centrata sui problemi che si presentano nella cura del singolo malato e nel rapporto medico-paziente, comprende più campi di indagine e di studio, come quelli relativi alla salute pubblica, ai sistemi sanitari, alla medicina territoriale e di comunità, alla medicina del lavoro, alla medicina dell'ambiente, ecc. Tra le varie teorie bioetiche come il *principalismo*, l'*utilitarismo*, il *comunitarismo*, il *contrattualismo*, il *deontologismo*, ecc. che presentano ciascuna dei limiti e vanno integrate e adattate alla contingenza di una situazione pandemica, l'Autore ritiene invece che il *personalismo* possa temperare e bilanciare la difesa e il valore della vita umana e i diritti individuali e le esigenze collettive di salvaguardia del bene salute che si determinano nelle emergenze sanitarie. Vengono, infine, trattati alcuni aspetti bioetici dell'emergenza pandemica correlati alla deontologia medica e alla legge 219/2017.

SUMMARY

In times of pandemic from the emerging SARS-CoV-2 coronavirus, among the many topics that have been faced, certainly significant and important questions concerning medical ethics, deontology and bioethics emerged. First of all, it is important the rediscovery of bioethics in its early and original inter-multiple disciplinary dimension, not only as an orientation in choices and decisions, but which, compared to medical ethics which is centered on the problems that arise in the treatment of the individual patient and in the doctor-patient relationship, it includes multiple fields of investigation and study, such as those relating to public health, health systems, territorial and community medicine, occupational medicine, environmental medicine, etc. Among the various bioethical theories such as *principality*, *utilitarianism*,

communitarianism, *contractualism*, *deontologism*, etc. that each have limits and must be integrated and adapted to the contingency of a pandemic situation, the Author believes that *personalism* can mitigate and balance the defense and value of human life, individual rights and the collective needs to safeguard the good health that occur in health emergencies. Finally, some bioethical aspects of the pandemic emergency related to medical ethics and the law 219/2017 are treated.

INTRODUZIONE

In tempo di pandemia da coronavirus emergente SARS-CoV-2, responsabile di una sindrome denominata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) COVID-19, tra i tanti argomenti affrontati, sono emerse certamente notevoli e importanti questioni inerenti l'etica medica, la deontologia e la bioetica.

Innanzitutto importante è la riscoperta della bioetica nella sua dimensione inter-pluri-disciplinare originale e originaria, non solo come orientamento nelle scelte e nelle decisioni, ma che, rispetto all'etica medica, che è centrata sui problemi che si presentano nella cura del singolo malato e nel rapporto medico-paziente, comprende più campi di indagine e di studio, come quelli relativi alla salute pubblica, ai sistemi sanitari, alla medicina territoriale e di comunità, alla medicina del lavoro, alla medicina dell'ambiente, ecc.

Risulta evidente, e da tempo acclarato, un diverso intendimento e orizzonte della bioetica come risposta a quesiti etici individuali rispetto a una bioetica della (o nella) sanità pubblica, dimensione quest'ultima ancora non del tutto esplorata e con un non ancora condiviso statuto epistemologico.

È indubitabile che esistano rapporti tra l'etica medica e la deontologia nel preservare il bene della salute individuale da un lato e l'etica della salute pubblica e la bioetica della popolazione dall'altro, con la necessità di un'integrazione e/o quantomeno una correlazione e un equilibrio tra i due campi.

In questa riflessione però non si vuole indagare l'importanza e l'influenza di fattori sociali, economici e gli stili di vita sulla salute delle persone, ma esaminare alcuni aspetti bioetici che si determinano nel corso di un'epidemia e/o nelle emergenze sanitarie.

Bioetica e pandemia

Esiste sempre un potenziale conflitto etico nelle problematiche della sanità pubblica e, quindi, la necessità di un equilibrio tra aspetti come la salute personale e collettiva, il dovere di fornire assistenza sanitaria, l'incertezza scientifica su nuove patologie infettive e la necessità di azione.

Nell'emergenza pandemica tra l'altro si rende evidente l'importanza di un'etica dell'organizzazione sanitaria che fa parte di un'etica di salute pubblica e di un'etica dell'allocatione delle risorse sanitarie con l'uso razionale e ragionevole di esse, soprattutto in momenti di "razionamento", che possono imporre opzioni e realizzare scelte selettive.

A ciò si ricollega un'impostazione di macroeconomia sanitaria rispetto a quella di microeconomia, a cui sottostanno rispettivamente una macroetica (salvaguardare la sicurezza, la salute e il benessere pubblico, puntare alla prevenzione delle malattie, porsi come fine l'interesse sociale della salute) sovente intesa in alternativa, e una microetica (problemi di etica clinica, isolamento fiduciario, autodeterminazione, autonomia del paziente ecc.).

Se in tempi ordinari i noti principi del principlismo (autonomia, beneficenza, non maleficenza, giustizia) applicati nell'indagine decisionale etica, sono rivendicati magari in competizione e declinati senza una gerarchia tra essi, in tempo di emergenza pandemica invece si rivela imprescindibile una scala di priorità tra i sunnominati principi.

Per esempio la subordinazione o quantomeno la correlazione del principio dell'autonomia rispetto a quello di beneficenza appare evidente in particolari frangenti pandemici, giacché il medico è tenuto a perseguire il bene del paziente e a osservare le norme deontologiche.

Così dicasi anche per il principio di giustizia distributiva che diviene preminente a fronte di risorse sanitarie/strumentali/umane che possono diventare improvvisamente limitate.

Inoltre, la condizione di proteggere la propria salute e quella degli altri in corso di pandemia obbliga sovente a intervenire con decisioni sulla privacy e sul trattamento dei dati personali (segnalazione all'autorità sanitaria di pazienti positivi all'agente patogeno, obbligo di quarantena, invito/obbligo di sottoporsi a controlli clinici e sierologici, possibilità di adesione a tecnologie di tracciamento di contatti personali di contagiati e/o potenzialmente tali (*contact tracing*, ecc.), che diventano anche giuridicamente lecite giacché è da ritenere prevalente in tal caso il diritto all'incolumità fisica del terzo o della collettività.¹

Importante è ricordare al tal fine la pubblicazione da parte dell'OMS nel 2017 di 17 linee guida su "*Nuovi orientamenti sulle questioni etiche in materia di sorveglianza della salute pubblica*" per le priorità da assumere, giacché gli Stati hanno l'obbligo etico di proteggere la salute della popolazione e non solo dei singoli cittadini, e che in situazioni di emergenza la sorveglianza non costituisce solo una buona prassi sanitaria, ma è eticamente imperativa. Ciò detto, risultano fondamentali i criteri di trasparenza e condivisione.

Pertanto risulta estremamente significativa, riguardo alla tutela del bene essenziale della salute (e della vita) personale da un lato e collettiva dall'altro, una sintesi tra il principio di socialità e sussidiarietà e il diritto individuale, che consiste nel raggiungimento, attraverso il benessere personale, del bene comune, che è estremamente fondamentale in corso di pandemia.

L'emergenza e le teorie bioetiche

Nell'etica dei disastri certamente possono prevalere valutazioni giustificative e prospettive utilitaristiche, consequenzialiste, comunitariste (massimizzare le esigenze della società a scapito di quelle individuali), quando nelle considerazioni nella scelta dei pazienti da salvare, data la scarsità delle risorse, possono rientrare valutazioni non mediche con palesi o ambigue scelte discriminatorie (per esempio: l'età del paziente, aprioristicamente e acriticamente valutata prescindendo dal quadro clinico generale, la disabilità, la qualità della vita residua, ecc.) come già evidenziammo in altra precedente riflessione su questa rivista.

Pertanto a nostro giudizio, a fronte di decisioni inderogabili si ritiene che la bioetica personalista possa contemperare in modo bilanciato le esigenze individuali e quelle della comunità.

Infatti, se è vero che il personalismo afferma la rilevanza primaria della persona sulla collettività, tale priorità non certamente è abolita in casi eccezionali e limitati nel tempo (come in corso di pandemia), ma va riconsiderata nella valutazione complessiva di interessi collettivi e di solidarietà sociale, secondo i principi della giustizia e dell'equità.

Pertanto anche nella straordinarietà dell'emergenza sanitaria l'uguaglianza, la dignità, l'invulnerabilità, l'unicità della persona/paziente giudicata nella sua concretezza di vita personale va sempre rispettata, così come la tutela dei suoi diritti (privacy, dati sensibili, libertà individuale, autodeterminazione, ecc.) devono essere sempre tenuti presenti.

La deontologia medica

Se si riconosce, come sosteniamo, che la persona umana rimane punto di riferimento della società nei suoi valori e metro di giudizio per ciò che è lecito o illecito, ciò comporta, a nostro giudizio, anche un bilanciamento tra scelte apparentemente di tipo utilitaristico e criteri deontologici di intervento da parte del medico, riducendo quella difformità tra l'etica che regola la sanità pubblica e l'etica inerente alla pratica clinica (che invece secondo diversi autori rimane inconciliabile).

Se consideriamo il codice di deontologia dei medici però già dall'art.1 risulta evidente e statuito quanto anzidetto: "*il Codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva...*", come anche quanto previsto dall'art. 9: "*il medico in ogni situazione di calamità deve porsi a disposizione dell'Autorità competente*".

Di particolare interesse per quanto osservato in precedenza sono gli articoli di riferimento sulla riservatezza dei dati personali, laddove si sancisce che "*il medico non collabora alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche*

1 Al riguardo vedasi ex art. 14 DL n.14 del 9 marzo 2020 (Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale) e dichiarazione ufficiale del Comitato Europeo per la protezione dei dati – EDPB del 16 marzo 2020

di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato” (art. 11) e sul trattamento dei dati sensibili “il medico può trattare i dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute della persona solo con il consenso informato della stessa...” (art. 12).

Naturalmente rimangono vincolanti per il medico i doveri di tutela della vita e della salute e il sollievo della sofferenza “nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna...” (art. 3) e dall’altra è pur vero che bisogna evitare il rischio di forme di accanimento terapeutico, cioè curare “oltre le cure di emergenza”, se non si tengono ben fermi come criteri il quadro clinico, l’appropriatezza e la proporzionalità della terapia.

L’emergenza pandemica e la legge 219/2017

La problematica del consenso informato nell’emergenza pandemica, al di là di un’evidente obbligatorietà di acquisizione per una programmazione relativa a test di screening a fini epidemiologici o l’avvio di progetti riguardanti le vaccinazioni, soprattutto nella fase preliminare di sperimentazione sull’uomo per una stratificazione del rischio, diventa particolarmente rilevante riguardo alla legge 219/2017 (“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”) per la straordinarietà della situazione ed ancora più per l’acquisizione dello stesso in caso di urgenza (laddove il medico è tenuto comunque ad intervenire (art. 54 c.p.).²

È vero che alla luce dell’art. 1 comma 6 della suddetta legge il medico, nel caso di rifiuto del paziente a un trattamento salvavita, è esente da responsabilità civile o penale, ma ciò comunque non evita che alla sua coscienza si pongano gravi interrogativi etici, fino alla possibilità di decidere di non avere “più obblighi professionali”, come sancisce la legge, se non ritenesse legittimo il rifiuto da parte del paziente di un mezzo tecnico clinicamente proporzionato e ordinario e scientificamente e moralmente accettabile e non riuscisse nell’intento di persuadere il suo paziente della necessità, utilità, finalità di esso per la salvaguardia del bene salute e addirittura del bene vita.

Un altro problema di particolare importanza, alla luce della suddetta legge 219/2017, è anche l’eventualità di disposizioni anticipate di trattamento (DAT), sottoscritte dal paziente, laddove si preveda la volontà di escludere la ventilazione assistita tra le terapie salvavita, per una sopravvenuta incapacità di autodeterminazione.

In questa evenienza, anche se il medico “è tenuto al rispetto delle DAT”, e secondo l’art. 36 del codice deontologico “assicura l’assistenza indispensabile, in condizioni d’urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate”, riteniamo che potrebbero verificarsi casi, considerata la straordinarietà e l’imprevedibilità dell’emergenza, dove le disposizioni un tempo redatte dal paziente possano essere disattese dal medico in accordo con

il fiduciario “qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente...” (art. 4 comma 5).

Parimenti può verificarsi la possibilità di non praticare, nei pazienti affetti da comorbidità multiorgano, trattamenti sanitari che rientrano nella pianificazione condivisa delle cure, “rispetto all’evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta... alla quale il medico e l’equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi”, secondo quanto previsto dall’art. 5 della stessa legge 219/2017.

CONCLUSIONI

Considerata preliminarmente l’importanza dell’assistenza in corso di pandemia da coronavirus e del rilievo anche morale in tempo di emergenza sanitaria, allorché si presentano problemi di salute potenzialmente indifferibili ed è indispensabile assumere decisioni difficili, appare evidente che devono essere (ri)considerati con grande attenzione alcuni aspetti dell’etica medica, della deontologia e della bioetica.

In tempo di “razionamento di risorse” a causa della pandemia, si rendono ineludibili delle priorità riguardo sia all’assistenza clinica (il triage estremo: chi ammettere alle cure? Chi curare per primo?), sia all’organizzazione sanitaria (implementare reparti di emergenza e terapia intensiva, tralasciando gli altri?), sia alla politica sanitaria (dare precedenza per screening sierologici e vaccinazione a categorie e gruppi preventivamente individuati, per esempio medici e personale sanitario, addetti ai trasporti, ai servizi essenziali, ecc.?)

Grazie a M. J. Selgelid, fin dal 2009 si inizia a parlare di etica delle pandemie (pandethics) e ad analizzare le principali questioni etiche ad esse associate, giacché le malattie contagiose e infettive sollevano questioni di moralità individuale e collettiva, anche se è da rilevare che l’interesse dei bioeticisti per le problematiche inerenti la diffusione delle malattie infettive è stato alquanto scarso e limitato.

Premesso che l’etica della salute pubblica, attraverso l’applicazione di strumenti scientifici (ricerca epidemiologica, statistica sanitaria, programmi di screening di massa, campagne vaccinali, ecc.) che sono di riferimento per i decisori politici, è volta a tutelare il bene salute della collettività, essa non può essere disgiunta da un’etica nella salute pubblica a livello individuale, dove pur nell’attuazione di misure urgenti, ancorché costrittive (come la sorveglianza, l’isolamento fiduciario domiciliare, la limitazione alla libertà di movimento e la stessa pratica vaccinale, ecc.) devono essere salvaguardate le libertà personali e l’autonomia individuale del paziente, mentre a livello sociale devono essere garantiti i criteri di giustizia distributiva nelle allocazioni delle risorse, soprattutto quando queste diventano esigue nell’emergenza.

La trasparenza, la corretta informazione, la condivisione, la partecipazione delle decisioni a livello individuale e la responsabilità sociale e personale sono elementi decisivi dell’etica della sanità pubblica soprattutto nelle emergenze epidemiche.

Infine, tra le varie teorie bioetiche si ritiene che il personalismo più delle altre possa temperare e bilanciare la difesa e il valore della vita umana e le esigenze collettive di salvaguardia del bene salute.

2 Codice penale art. 54 “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”

BIBLIOGRAFIA

1. GRECO D., PETRINI C.: *Alcuni aspetti di etica in sanità pubblica*. Ann Ist Super Sanità, 2004; 40(3): 363-371
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf;jsessionid=96BC202E-7014D620A44DB6D1E327685B?sequence=1>
3. CALLAHAN D, JENNINGS B.: *Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship*. Am J of Public Health, 2002; 92 (2): 169-176
4. SELGELID M.J.: *Etica e malattie infettive*. Bioetica, 2005; 19: 272-289
5. TALLACCHINI MARIACHIARA: *Preparedness e coinvolgimento dei cittadini ai tempi dell'emergenza. Per un diritto collaborativo alla salute*. Epidemiologia & Prevenzione, 2020; 43 (2-3): 114-119 - <https://www.epiprev.it/editoriale/preparedness-e-coinvolgimento-dei-cittadini-ai-tempi-dell%E2%80%99emergenza-un-diritto-collaborat>
6. SELGELID M.J.: *Ethics and Infectious Disease*. First published: 01 June 2005 <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2005.00441>
7. NORMAN DANIELS: *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press, New York, 2008
8. SMITH M., UPSHUR R.: *Pandemic Disease, Public Health, and Ethics*. The Oxford Handbook of Public Health Ethics. Sep 2019 - <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190245191>.
9. GAINOTTI S, PETRINI C.: *A personalist approach to public-health ethics*. Bulletin of the World Health Organization 2008, August 86 (8): 624-629
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance*. 2017.
11. BATTIMELLI G.: *Chi ammettere alle cure? Chi curare per primo? Il triage estremo in corso di disastro pandemico: una riflessione bioetica*. Civitas Hippocratica 2020; 1/2: 1-5

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giuseppe Battimelli

e-mail: battimelligiuseppe@libero.it